

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR-LITORAL)  
ESPECIALIZAÇÃO EM QUESTÃO SOCIAL NA PERSPECTIVA  
INTERDISCIPLINAR**

**MONIA SANTOS DAS NEVES**

**SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DO SERVIÇO SOCIAL**

**MATINHOS  
2016**

**MONIA SANTOS DAS NEVES**

**SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DO SERVIÇO SOCIAL**

Artigo apresentado ao Programa de Especialização em Questão Social na Perspectiva Interdisciplinar, como requisito parcial à obtenção do título de especialista em Questão Social na Perspectiva Interdisciplinar. Orientador: Professor Doutor Ernesto Jacob Keim.


**MATINHOS**

**2016**

## PARECER DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Orientador, Professor Doutor **ERNESTO JACOB KEIM**, realizaram em **11/06/2016** a avaliação do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da estudante **MÔNIA SANTOS DAS NEVES**, sob o título *“Saúde Mental no Contexto do Serviço Social”*, sendo quesito parcial para obtenção do Título de *Especialista em Questão Social pela Perspectiva Interdisciplinar* pela Universidade Federal do Paraná – Setor Litoral, tendo recebido conceito “APL”.

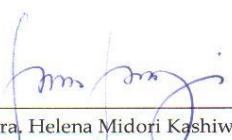
Matinhos, 11 de junho de 2016.



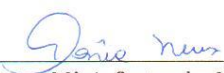
Prof. Dr. Ernesto Jacob Keim



Profª. Dra. Nadia Terezinha Covolan



Profª. Dra. Helena Midori Kashiwagi



Mônia Santos das Neves  
Estudante

**Conceitos de aprovação**  
APL = Aprendizagem Plena  
AS = Aprendizagem Suficiente

**Conceitos de reprovação**  
APS = Aprendizagem Parcialmente Suficiente  
AI = Aprendizagem Insuficiente

### OBSERVAÇÃO:

CASO O(A) ESTUDANTE SEJA ORIENTADO(A) A REFORMULAR SEU TRABALHO, DEVE-SE REGISTRAR NO VERSO OS REQUISITOS ACONTADOS PELA BANCA PARA O ACEITE FINAL DO TRABALHO.



# SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DO SERVIÇO SOCIAL

Autora: Monia Santos das Neves<sup>1</sup>

Orientador: Prof. Dr. Ernesto Jacob Keim<sup>2</sup>

## Resumo

O presente artigo como trabalho de finalização de curso de especialização “Questão Social na Perspectiva Interdisciplinar” desenvolvido no Setor Litoral da Universidade Federal do Paraná em Matinhos PR, tem como propósito debater como a saúde mental, em especial nas instituições públicas de atendimento psicossocial está relacionada com o trabalho do Assistente Social. O texto tem início com um breve levantamento da história da Saúde Mental no Brasil até apontar dificuldades atuais que desafiam os profissionais apesar dos avanços decorrentes da reforma psiquiátrica que estimulou a criação de novas modalidades de serviços na saúde mental. A matriz teórica se voltou para a concepção de cuidado proposta por Leonardo Boff como meio para dinamizar a atuação do Assistente Social perante pessoas que sofrem de transtornos mentais severos e persistentes. O texto encerra com a apresentações de sete aspectos de cuidado extraídos da obra desse autor para servir de referencial para futuros debates que possam trazer mudanças para a atuação dos profissionais em Serviço Social.

**Palavras-chave:** Saúde Mental e Serviço Social; O cuidado como referencial de atuação do Assistente Social; O Assistente Social na Saúde Mental.

## Summary

This article as Graduation job specialization " Social Issues in Interdisciplinary Perspective in Sector coast of Paraná Federal University in Matinhos PR has as purpose debate as mental health , especially in the psychosocial care of public institutions is related to the job Social Worker. The text must start with a brief review of the Mental Health of history in Brazil to point out current problems that challenge professionals to join the advances resulting from the psychiatric reform that spurred the creation of new service modalities in mental health. The theoretical matrix turned to careful design proposed by Leonardo Boff as a means to boost the role of the social worker before people who are characterized coo with a mental illness. The text concludes with the presentation of ste extracted care aspects of the work of this author to serve as a reference for future discussions that could bring changes to the work of professionals in Social Work .

---

<sup>1</sup>Assistente Social formada pelas Faculdades Integradas Espírita em 2005;

<sup>2</sup>Licenciado em Ciências e Matemática pela Universidade Católica de Petrópolis (1971), Bacharelado e Licenciatura em Biologia pela Universidade Santa Úrsula (1977), mestrado em Educação pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1984), doutorado em Educação pela Universidade Metodista de Piracicaba (1997) e pós-doutorado em Filosofia da Educação na Unicamp (2011). Atualmente é pesquisador e professor com horário integral na Universidade Federal do Paraná, lotado no Centro de Estudos do Mar onde atua como docente nas licenciaturas e desenvolve pesquisa vinculada à fenomenologia de Goethe como referencial teórico para a Educação da Libertação em perspectiva Anti Colonial e como abordagem metodológica de pesquisa.

**Keyword:** Mental Health and Social Services; Care as the social worker acting reference; The Social Work in Mental Health.

## **Introdução**

Esse texto tem o propósito de estimular a compreensão do papel do assistente social no que se refere à saúde mental, como parte dessa atividade profissional junto a um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em Curitiba. Ele atende à necessidade regimental do curso de especialização em Questão Social na Perspectiva Interdisciplinar desenvolvido junto ao campus litoral da Universidade Federal do Paraná. A base teórica da pesquisa que fundamenta esse texto se organiza a partir do significado de liberdade e cuidado tendo como referenciados principalmente Boff.

O tema saúde por si só implica em debate caloroso para determinar o referencial no qual se fundamenta, uma vez que saúde pode ser considerado o estado de normalidade de funcionamento do organismo humano. Ter saúde é então viver com boa disposição física e mental e segundo Holford, (2002) Saúde é o estado positivo de bem-estar com tudo funcionando, não apenas a ausência desse estado ou de doença. É uma capacidade de adaptar-se às circunstâncias mutantes de nossas vidas. Saúde é energia constante, clareza mental, resistência ao estresse, estar livre de infecção e ter equilíbrio emocional.

Essa diversidade e dificuldade conceitual aponta a necessidade de caracterizar o que delimita o mental do neuronal. Assim, mental tem uma perspectiva mais subjetiva que é abraçada pela psicologia e o neuronal tem uma perspectiva mais objetiva na medida em que se caracteriza como estudo de sinapses e configurações de neurônios sendo campo da fisiologia e da neurologia.

Nesse sentido ao eleger a saúde mental como foco desse texto, cabe agora debater o que significa saúde mental, na complexidade do serviço público de atendimento a pessoas que buscam atendimento nessa dimensão. Usualmente a procura se caracteriza com relação as pessoas com transtornos mentais severos e persistentes.

Essa diversidade amplia a dificuldade de compreender como lidar com leque tão amplo em contexto dotado de poucos recursos profissionais e materiais,

cabendo destaque também para a desinformação teórica que permeia as formas como o público e mesmo os profissionais dessa área, têm com relação à subjetividade dessa questão social tão presente e desafiadora. Assim tratar desse tema implica em tratar também de como essas questões podem ser tratadas na perspectiva de áreas do conhecimento como a filosofia, a sociologia e a antropologia para caracterizar aspectos como liberdade e cuidado considerados relevantes nesse trabalho.

Na dimensão teórica essas questões estão vinculadas a conceitos próprios do que caracteriza e estrutura a sociedade, como os conceitos de libertação, autonomia e liberdade. Keim (2011) aponta uma concepção referenciado em Paulo Freire ao mostrar que libertação se caracteriza como ação humana para alcançar o *libertas* – *libert* ação – sendo que *libert* no idioma latino significa plenitude. Assim libertação significa ação humana para alcançar a plenitude humana. Na mesma direção Autonomia em Paulo Freire conforme Keim (2011) é a capacidade de cada pessoa encontrar os caminhos que possibilitem alcançar a libertação, ou seja, ser capaz de revitalizar sua humanidade roubada e vilipendiada. E também segundo Keim, conforme Habermas, liberdade se caracteriza como o direito e a oportunidade de a pessoa responsabilizar-se e também quanto à Liberdade, Keim (2016) se referencia em Steiner, autor da Pedagogia Waldorf e da Antroposofia, para dizer que liberdade é a capacidade inata das pessoas fazerem escolhas. Dessa forma cabe ao Assistente Social promover uma consciência crítica, capaz de fazer com que o usuário se empenhe para alcançar a plenitude, de que é potencial portador e tenha consciência de que é um ser potencialmente livre, mas para isso precisa romper as amarras com as quais bloqueia sua percepção.

Assim o texto se desenvolve no debate que envolve a pessoa frente ao serviço público de saúde. Ele não mergulha na especificidade do que tratam as ciências da saúde, como psiquiatria, psicologia ou neurologia, mas fortalece a necessidade de ter clara a forma como o profissional em serviço social trata dessas questões nos referenciais que o texto adotou, ou seja, o cuidado e a liberdade.

## **A saúde mental, sua história e a realidade atual**

A história da saúde mental aponta avanços significativos para alterar a condição na qual as pessoas com transtornos mentais eram tratadas de forma que

lhes era negada qualquer condição de humanidade e respeito. Segundo Rosa (2008) as pessoas com transtorno mentais eram consideradas “loucas”, e eram vistos como seres perigosos que precisavam ser excluídas da sociedade, pois os mesmos ameaçavam a ordem pública e a paz social por isso precisavam ficar longe do convívio das pessoas nas cidades.

Para lidar com esse problema foram organizadas instituições que se caracterizaram como os primeiros manicômios os quais conforme Scarcelli (2011) eram locais onde as pessoas eram tratadas com visível falta de humanidade, onde ocorriam cenas de grande violência e massificação. A discriminação social que acompanhava as pessoas acometidas com moléstias mentais justificava o afastamento dos adoecidos mentais do convívio familiar e da comunidade. A gravidade desse costume está justamente em momento de fragilidade emocional, contribuindo para o agravamento do quadro clínico.

Uma vez internados perdiam sua identidade social e ficavam à mercê de terapias com alto grau de violência que desumanizavam essas pessoas. Nesses processos eram ministrados medicamentos em dosagem elevadas e também camisa de força, eletrochoque dentre outros. A partir do século XVIII a loucura é assumida como objeto do saber médico caracterizando-o como doença mental consequentemente, passível de cura. (SILVEIRA,2005)

Segundo Torres e Amarante (2001), quando a medicina se apropria da loucura surge o conceito de alienação, o qual tem um papel estratégico, pois torna-se sinônimo de erro, algo não mais de ordem do sobrenatural, de uma natureza estranha à razão e, portanto, uma desordem. Assim, a alienação é entendida como um distúrbio das paixões humanas que incapacita o sujeito de compartilhar do pacto social.

De acordo com Amarante (1995) a doença mental como foco da medicina há duzentos anos, amparada no pressuposto de existência de uma razão plena, a qual garantia à pessoa saudável capacidade de organizar sua liberdade de escolha, pois liberdade de escolha era pré-requisito da cidadania, de tal forma que ser livre caracterizava o ser cidadão. Nesse contexto o asilo era uma instituição que abrigava as pessoas que perdiam sua condição de cidadão, por não serem capazes de administrar sua liberdade. Assim os asilos eram devotados à tarefa de isolar os alienados do meio ao qual se atribuía a causalidade da alienação, para por meio do tratamento moral restitui-lhes a razão, portanto a liberdade.

Ao longo de toda modernidade, no espaço da loucura, os loucos foram por excelência submetidos a todas as formas que garantiam sua condição de excluídos da organização social, ao serem considerados inaptos, imorais e indisciplinados ou simplesmente loucos. Essa condição segundo Oliveira, mostra que desde a fundação do Hospital Geral localizado em Le Kremlin, um subúrbio ao sul de Paris, França, no ano de 1652, no qual essas pessoas foram mantidas fora do convívio social (OLIVEIRA,2011, p.142).

Esse quadro persistiu até a segunda metade do século XX, quando em 1970, em função das crescentes denúncias dos processos desumanos utilizados pela assistência psiquiátrica, teve início o movimento conhecido como reforma psiquiátrica, por meio do qual novos procedimentos passaram a ser adotados pelos hospitais psiquiátricos, dando início ao que se conhece como os pressupostos de um tratamento humanizado aos doentes mentais.

A partir dessas denúncias se dá a eclosão do Movimento Sanitário, nos anos 1970 em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde coletiva, com equidade na oferta dos serviços e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de cuidado (BRASIL 2005).

O processo de reforma psiquiátrica é marcado pela presença de movimentos sociais que contribuíram para uma nova concepção de loucura, sendo assim como desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1987, realizaram-se dois eventos em favor da transformação da assistência psiquiatria brasileira: I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II encontro Nacional de trabalhadores em saúde mental. Daí se desencadeia o movimento de Luta Antimanicomial, buscando chamar a sociedade para debater e reconstruir uma concepção mais humana para se referenciar aos doentes mentais. Nesse movimento fica definido o dia 18 maio como o Dia da Luta Antimanicomial (LIMA,2004).

O movimento de Luta Antimanicomial implementa uma nova estratégia de trabalho por meio de mudanças no plano legislativo de forma a assegurar a atenção no meio sociocultural da pessoa com transtorno mental e reconstruir sua cidadania e poder de trocas sociais. Nesse contexto se organiza o projeto de Lei nº 3.657/89, do deputado federal mineiro, do partido dos trabalhadores, Paulo Delgado, que propõe a extinção dos manicômios e sua substituição por serviços extra hospitalares. Essa iniciativa teve o propósito de tornar esses lugares mais



terapêuticos conforme estava estabelecido pela luta Antimanicomial. Nesse sentido foi requerida a substituição das instituições psiquiátricas por novos serviços abertos junto às comunidades onde vive o paciente. Dessa forma foram desenvolvidas estratégias mais amplas para mudar a cultura da segregação dos doentes mentais no conjunto da sociedade (VASCONCELOS et AL. 2006)

A partir do ano 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros, resoluções que determinavam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. É a partir deste período que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanha as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começando a ganhar contornos mais definidos. Porém é na década de 1990, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas, durante a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passaram a vigorar no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e hospitais—dia bem como as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. (BRASIL,2005, p.08).

De acordo com Franchini e Campos (2008), a criação no Brasil dos CAPS-Centro de Atenção Psicossocial foi embasada nos paradigmas da Reforma Psiquiátrica. Essas experiências tinham o propósito de possibilitar ao doente mental um ponto de apoio integrado ao seu contexto de vida cotidiana. Em março de 1986, foi inaugurado no Brasil o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), na cidade de São Paulo. A criação dos CAPS, fez parte de um intenso movimento social, inicialmente de trabalhadores de saúde mental, os quais buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais direcionados ao acompanhamento de transtornos mentais (BRASIL,2004).

Dessa forma os serviços de saúde mental surgem em vários municípios do país e se consolidam como dispositivo eficaz na diminuição de internações e na mudança do modelo assistencial. Os NAPS/CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92 atualmente regulamentada pela Portaria 336 /GM de 19 de fevereiro de 2002 e integra a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS. Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS que passaram a ter a missão de dar um atendimento diurno às pessoas que sofrem com

transtorno mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, o que favorece a possibilidade de inclusão social, histórico-cultural e política dos usuários e de suas famílias (BRASIL,2004, p12)

O CAPS tem como objetivo, olhar a pessoa em sofrimento psíquico na sua integridade afim de perceber seus modos de organização de vida. Um CAPS quando considerado à luz das ideias da desinstitucionalização deve trabalhar para amenizar o sofrimento dos seus usuários, a partir da construção de estratégias geradoras de novidades, de forma a estabelecer posturas caracterizadas como de cuidados, os quais podem possibilitar diferentes modos de vida para as pessoas acometidas por doenças mentais de forma a estarem adaptados aos padrões de normalidade que regem o funcionamento da nossa sociedade (SALES e DIMENSTEIN,2009).

Conforme Yasui (2010) o CAPS é o principal instrumento de implantação da política nacional de saúde mental, sendo uma estratégia de transformação da assistência que se concretiza na organização de uma ampla rede de cuidados em saúde mental, portanto, não se limita nem se esgota na implantação de um serviço, pois o CAPS é meio, é caminho e não fim, ou seja, é a possibilidade de trama, de cuidado que não se faz em apenas um lugar, mas é feito em uma ampla rede de aliança que inclui diferentes segmentos sociais e diversos serviços distintos que contam com pacientes, trabalhadores específicos nas áreas sociais e com cuidadores.

Dessa forma o sentido dessa organização de interação social é entendido como agente inserido em um cotidiano no qual o CAPS se caracteriza como um espaço de pensar, para que cada um busque meios para efetuar trabalho que leve em consideração a integridade do sujeito, bem como sua complexidade, ou seja um projeto ou trabalho que contemple uma diversidade de estratégias de atenção e cuidado.

### **O Assistente social como profissional inserido na Saúde Mental**

O Serviço Social é uma carreira profissional inserida em um contexto sócio histórico, que tem como objetivo de trabalho nas instituições públicas de saúde o atendimento do que está estabelecido em determinações estatais que encorajam

essa atividade profissional. Dessa forma, essas expressões referentes à natureza da ação desse profissional frente à questão social se manifesta conforme o espaço sócio ocupacional do assistente social conforme Iamamoto (2008).

Nesse contexto a área da saúde mental tem sido um desses espaços que através dos tempos, suscita a intervenção desse ramo profissional. Rosa (2008) afirma que o Serviço social tem como desafio, na perspectiva da saúde mental, atuar com as expressões da questão social que permeiam a vida da pessoa com transtorno mental e sua família, nas diversas formas de violação de direitos.

Assim a intervenção profissional do assistente social, no campo da saúde mental, tem início em 1905, nos Estados Unidos, porém só se consolida como especialidade no ano 1918. Os primeiros assistentes sociais tiveram como referência o trabalho pioneiro de Mary Richmond, divulgado no livro *Diagnostico Social*, publicado em 1917. No entanto, o aparecimento do Serviço Social psiquiátrico na Europa e nos Estados Unidos também teve forte influência do Movimento de Higiene Mental (MHM), que surgiu na França entre 1910 e 1920 conforme Lima (2004)

Tal Movimento surgiu em busca de melhores condições de funcionamento dos hospitais psiquiátricos, e sua consolidação ampliou o enfoque para a prevenção e a higienização mental da sociedade da época.

Segundo Vasconcelos (2010) a década de 1940 foi um marco da entrada do Serviço Social na saúde mental no Brasil. De acordo com esse autor, nos primórdios da profissão, o Serviço Social brasileiro foi profundamente influenciado pela Doutrina Social da Igreja e pelo Movimento Higienista, como consta do mapeamento feito por esse estudioso e que identificou, no primeiro Curso de Serviço Social, nos anos 1930, um número expressivo de disciplinas com conteúdo a eles ligados.

De início, os profissionais trabalharam nos hospitais psiquiátricos nas seções de assistência, atuando de forma subordinada aos médicos e em ações de levantamentos de dados sociais e familiares dos pacientes, em contatos com familiares para preparação de alta e na confecção de atestados sociais. Dessa forma, tratava-se de um fazer subalterno burocrático, assistencialista e acrítico conforme Vasconcelos (2010).

Conforme esse mesmo autor, em 1946 foram desenvolvidas as primeiras práticas de Serviço Social no Brasil, especificamente nos Centros de Orientação Infantil (COI) e nos centros de Orientação Juvenil (COJ), os quais tiveram grande

importância para a formação do modelo “Serviço Social Clínico” cujas primeiras experiências se encontram no Serviço Social de Casos cujas matrizes principais encontravam-se nos estudos de Mary Richmond. Nessa perspectiva, a principal preocupação era com o processo de adaptação.

Na contemporaneidade o Serviço Social ganhou força na área da saúde mental com a Reforma Psiquiátrica a qual trouxe questões de grande importância para a atuação do assistente social, ressaltando a ênfase no aspecto político da assistência social junto da assistência psiquiátrica. Dessa forma a necessidade da interdisciplinaridade se caracteriza como algo essencial pois possibilita a integração de diversos elementos e agentes que atuam para a qualidade da vida e das relações. Ser interdisciplinar é estabelecer sintonia entre diferentes aspectos no que eles têm em comum ou mesmo como possibilidade de interação. Nesse sentido a interdisciplinaridade, pode ser identificada como aspecto que imprimiu à prática cotidiana elementos que valorizam os aspectos relacionados com as relações sociais e interpessoais (ROSA,2008)

Os profissionais de Serviço Social a partir daí, efetivam suas atribuições na área da saúde mental assentados no Código de Ética Profissional, na lei de Regulamentação e nos Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde. Esse Código e as leis que regem a profissão têm sido de grande relevância, mas muito ainda precisa avançar em relação à saúde mental. Nos últimos anos o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) se preocupa com essa questão, como pode ser destacado na legislação apontada a seguir.

Assim, o (CFESS) aprova, em 2009, os Parâmetros de Atuação do Assistente Social em Saúde, os quais destacam eixos para a atuação do profissional. De acordo com esses Parâmetros, o assistente social deve contribuir para que a Reforma Psiquiátrica e o Projeto Ético-Político se sintonizem de forma que o profissional de Serviço Social mantenha uma visão crítica da realidade afim de promover ações que possam contribuir para emancipação dos sujeitos sociais envolvidos no trabalho profissional.

Dentro desse contexto é necessário que o profissional tenha um olhar mais humanizado e de respeito aos usuários que são atendidos nas instâncias públicas e governamentais como nos CAPS. Esse olhar humanizado é apontado nesse texto com base na perspectiva de cuidado tratado por Leonardo Boff em sua obra,

considerando que esse autor relaciona o cuidado com respeito absoluto com a vida como um todo.

### **O Cuidado como referencial de atuação do Assistente Social na Saúde Mental**

Uma vez que o Cuidado segundo Boff está relacionado com respeito radical à vida, ele se caracteriza como uma relação amorosa para a promoção de vida em plenitude e estímulo à atitude das pessoas se abrirem generosamente ao outro, acolhendo-o e respeitando-o. Ao cuidar, o amor se mostra como relação muito poderosa que o Universo conhece e nessa perspectiva o amor é mais do que simplesmente algo espontâneo e se apresenta como um projeto de liberdade que acolhe conscientemente o outro, e cria condições para quase já instaurado como o mais alto valor a favor da vida.

Na perspectiva de uma proposta de atuação do Assistente Social amparado no cuidado para lidar com as pessoas acometidas de algum transtorno mental, no interior dos CAPS, toma-se como referencial a reabilitação psicossocial, como processo de busca da autonomia dos mesmos. Dessa forma o modelo psicossocial de cuidado, alicerçado nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, se mostra como um movimento de transformação das práticas, saberes e valores culturais e sociais inerentes à saúde mental. Assim é necessário que o profissional, da assistência social entenda o cuidado em saúde mental como uma ação abrangente, que vai além do cuidado específico com a saúde mental da pessoa acometida pelo mal, mas que envolva a família e a sociedade, na medida em que compreende a reabilitação psicossocial como o centro do cuidado. A transformação das formas de cuidado em saúde mental mostra-se viável e favorece a efetivação da proposta da reforma psiquiátrica, na qual o usuário recebe um atendimento que o respeite como ser humano humanizado.

Diante dessa posição se espera que o Assistente Social seja capaz de debater o significado da humanização com as equipes que trabalham com saúde mental, a fim de evitar compreensões distorcidas, que levem a uma percepção romântica e ou ingênua de sua atuação o que ocorre quando apenas focaliza as ações na escuta e na redução de danos. Assim, a concepção de humanização na perspectiva do cuidado, permite que os profissionais analisem os determinantes

sociais do processo saúde e doença, bem como as condições de trabalho e os modelos de gestão.

Nessa direção, cabe a esses profissionais desencadear processos de discussão com a participação dos usuários, para a revisão do projeto da unidade de saúde das rotinas de serviço e para a ruptura com o modelo centrado na doença. O desafio da humanização é a criação de uma nova cultura de atendimento. A defesa dessa concepção amparada na humanização encontra respaldo no projeto ético e político do serviço Social.

O cuidado é segundo Keim (2010) um dos temas referenciais da obra de Leonardo Boff (2001) e apontamos a seguir sete dos aspectos que caracterizam essa matriz teórica que se direciona para a libertação, a autonomia e a emancipação humana. Nesse sentido apontamos que os seres humanos se caracterizam como seres de relação, que interagem e modificam os ambientes planetários, por isso os humanos segundo Paulo Freire são incompletos, inconclusos e inacabados.

Algumas dessas atitudes estão intimamente ligadas à experiência de cuidado, segundo Boff (2001), e se apresentam como possibilidades de conjugar as dimensões que venham a conferir um caráter de inclusão e respeito à vida, assim temos o amor; ajusta medida; a ternura frente à vida; a carícia essencial; a cordialidade fundamental; a convivialidade necessária; compaixão radical.

O **Amor** como manifestação segundo a qual todos estão interconectados e garantem a sobrevivência de todos de forma recíproca e gratuita. Como fenômeno biológico, o amor surge quando um acolhe o outro viabilizando a coexistência e tende a se expandir e se apresenta como um projeto de liberdade que acolhe conscientemente o outro e cria condições para que se instaure, como um alto valor da vida. Por meio do amor, o social se manifesta como partilha dos resultados da coleta e da caça ao mesmo tempo em que compartilhavam afetos. O amor confronta a posição do que já nos fizeram acreditar sobre as formas de relação primordial dos humanos, pois não foi pela competição, mas pela capacidade de interagir que a relação forte e fraco perdeu significado na questão da sobrevivência animal, conforme Keim (2011). Ao chegar ao nível humano, o amor se revela como grande força de agregação, de simpatia e solidariedade e pela linguagem amorosa se unem e recriam sentimentos de querer bem ao outro e de pertencer a um mesmo destino e à mesma caminhada história. E sem o cuidado, essa sintonia não se conserva ou

não acontece. Sem amor não haverá um terreno onde possa florescer o que verdadeiramente humaniza: o sentimento profundo, a vontade de partilha e a busca do amor, conforme Keim (2010).

A **Justa Medida** aponta para se refere a “quanto de cuidado devemos incorporar para resgatar o equilíbrio perdido? Essa é uma questão fundamental para a teoria e a prática” (BOFF, 2001, p. 112). Esse grito de alerta aponta a ética como radicalidade a favor da vida (KEIM, 2011) como um aspecto de importância visceral para a vida com dignidade. A justa medida atua como o fiel da balança que aponta o equilíbrio necessário nas relações humanas, estabelecendo limites caracterizados por Boff ao dizer que “A justa medida se alcança pelo reconhecimento realista, pela aceitação humilde e pela ótima utilização dos limites, conferindo sustentabilidade aos fenômenos e processos, à Terra, às sociedades e às pessoas” (2001, p. 112).

A **Ternura Diante da Vida** emerge como um sentimento, que irrompe justamente quando o sujeito sai de si mesmo, na direção do outro, sente o outro com o outro e participa de sua existência. A relação de ternura, por ser livre de dominação e de vantagens, não envolve angústia. É a força própria do coração no desejo profundo de compartilhar caminhos. (KEIM, 2010). A ternura segundo Boff se caracteriza pelo pensar e raciocinar acrescido de sensibilidade, intuição e capacidade de congregar raciocínio e pensamento. Essa posição é geradora de valores e responsabilidades que dignificam a vida, amparada em sabedoria e não em conhecimentos.

A **Carícia Essencial** é a expressão do cuidado, quando qualifica outra pessoa em sua totalidade, na psique, no pensamento, na vontade, na interioridade e nas relações. Distingue-se da pura excitação psicológica, de um querer fugaz do outro, sendo a manifestação própria da natureza mais profunda e não apenas o ego superficial da consciência. A carícia é a manifestação concreta do afeto, do cuidado e da ternura. E é a qualidade da carícia que impede que o afeto seja mentiroso ou interesseiro, pois permite a mobilidade do ser com quem fazemos contato, pois ela é revestida de paciência que toca sem ferir e acolhessem mostrar ou ser poder.

A **Cordialidade Fundamental** pode ser apontada como sendo dela que surge a dimensão de valor, a dimensão daquilo que realmente é importante e que interessa ao ser humano. É a relação com os fatos, e com o que eles produzem de significados para o amadurecimento e transformação pessoal. A via de acesso da cordialidade é a atenção e a escuta pela vida em tudo o que se vê. É sempre mais

do que os fatos parecem, pois neles estão embutidas dimensões de valores, sentimentos e significados que nos tocam e nos fazem crescer.

A **Convivialidade Necessária** diz respeito à urgente necessidade de revitalizar a fantasia e a criatividade das pessoas devolvendo sua alma a todo o seu fazer. É a combinação de valor ético da produção social e espiritual devolvendo uma economia das qualidades humanas, pautada na sensibilidade e na sensibilização do que gera vida em plenitude dando limites à voracidade do poder-dominação e à produção-exploração imposta pelo processo industrialista vigente. A convivialidade pode responder à crise ecológica, gerada pelo processo irresponsável de depredação e devastação do sistema-Terra mostrando que a cooperação entre os povos, pode ser apontado como um novo paradigma civilizacional, no qual a alteridade se manifeste com bem maior.

A **Compaixão Radical** se mostra como um sentimento sintonizado com a capacidade de sair de si em direção ao outro enquanto outro para compartilhar com ele alegrias, caminhos e construir a vida em sinergia com ele. A compaixão não é movida por um sentimento de piedade, mas por ações que incluem e integram. É muito mais uma renúncia de domínio frente à vida, de construção de comunhão a partir de quem sofre, como ponto de partida para a existência de uma sociedade que inclui e integra. É a capacidade de consentir e compreender a instância do outro como tal. É a manifestação do perdão incondicional incluso na menção cristã do “Pai perdoa-os pois não sabem o que fazem”.

Esses aspectos cabem como pontos que podem desencadear mudanças significativas nas formas como o Assistente Social pode lidar com as pessoas que estão acometidas por doenças mentais. Essas mudanças se sustentam na medida em que a ação profissional do Assistente Social tenha como referencial a vida com dignidade a que todo humano tem direito e os sete aspectos de cuidado apontados acima, de certa forma, indicam um roteiro de atuação para alcançar esse propósito.

### **Considerações Finalizadoras**

Como finalização desse texto pode-se apontar que o cuidado é algo que não pode ser desenvolvido, como um roteiro a ser seguido pelo Assistente Social. Se espera que o cuidado seja incorporado no modo de ser do profissional, bem como os aspectos que viabilizem sua atuação na perspectiva de ampliar, a capacidade



das pessoas portadoras de doenças mentais, recuperarem aspectos como auto estima e reconhecimento de sua capacidade de fazer escolhas, de se responsabilizar, de se sentir integrado no mundo, de ser portador de sensibilidade e de se sentir acima de tudo integrado à vida, coletiva e social.

Entendemos que o propósito desse texto será alcançado na medida em que os serviços de atendimento a essas pessoas consiga inserir procedimentos dessa natureza, não como obrigação de serviço, mas como postura pessoal diante de outras pessoas, que dependem de suas intervenções e interações para que as ações do Assistente Social possam ser mais eficazes, indo além das delimitações de atribuições e competências.

O Cuidado, pode se caracterizar, como uma oposição que valoriza sobremaneira a pessoa no contexto em que ela vem, sendo essa, um da significativa atribuição da Reforma Psiquiátrica a qual atribui ao médico o processo de cura, e ao profissional de Serviço Social o processo de interação com as complexas interações e relações sociais.

Também como considerações finais, cabe ressaltar que os sete aspectos que caracteriza o cuidado, como foi apresentado no texto se caracterizam, como postura que deve acompanhar o ser e o fazer profissional e não deve se caracterizar como um roteiro a ser aplicado de fora para dentro, pois sua inserção deve ocorrer como algo que é inerente à pessoa e ao profissional.

## Referências Bibliográficas

AMARANTE, Paulo. Novos Sujeitos, Novos Direitos: **O Debate em torno da Reforma Psiquiátrica**. Cad. Saúde Pública, v.11 n.3,1995. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X1995000300024&ing=pt&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1995000300024&ing=pt&nrm=isso). Acesso em 25 de fev.2016

BRASIL. Ministério da saúde. Saúde mental no SUS: **os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde.2004

BRASIL. Ministério da saúde. Port. GM 224/1992

BRASIL. Ministério da saúde.Port.336/GM/ 2002

BRASIL. Ministério da saúde. Lei nº3.657/1989

BRASIL. **Reforma Psiquiátrica e políticas de Saúde Mental no Brasil**: Conferencia Regional de Reforma dos Serviços de Saúde mental:15 anos depois de Caracas Brasília,

BOFF, Leonardo, Saber Cuidar: **ética do humano**\_ compaixão pela terra.7 eds. Rio de Janeiro: Vozes,2001.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde**. Brasília,2009.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de Ética Profissional do Assistente Social**.Brasília,1993

FRANCHINI, Cristiane Bach; CAMPOS, Elisa Maria Parahyba. **O papel de espelho em centro de atenção psicossocial**. Psicologia em Estudo, Maringá, v.13, n.3,2008

HOLFORD, Patrick. 100% Saúde, v.1.São Paulo; Madras,2002

IAMAMOTO, M. V. **Renovação e conservadorismo no serviço social**. 7ed.São Paulo: Cortez, 2008.

KEIM. Ernesto Jacob. **Pedagogia da Insurreição**. Jundiaí, SP: Pocco Editorial, 2011

\_\_\_\_\_. **Educação e Cuidado**. Blumenau SC, FURB, mimeo, 2010

LIMA, Maria Jose Girão. A pratica do Assistente Social na área da saúde mental: **uma análise centrada na cidadania dos usuários**. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas). UFPI, Teresina:2004.

OLIVEIRA, Willian Vaz de. **A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria**. Hist. cienc. Saúde-Manguinhos.v.18n1,2011.

ROSA, Lucia C dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família**.2 ed. São Paulo, Cortez,2008

SALES, André Luís Leite de Figueiredo; DIMENSTEIN, Magda. **Psicologia e modos de trabalho no contexto da reforma psiquiátrica**. Psicol. Cienc. Prof. 2009

SILVEIRA, Lia Carneiro; BRAGA, Violante Augusta Batista. **Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental**. Ver. latino-am-Enfermagem. 2005.

SCARCELLI, Lia Regia. **Entre o hospício e a cidade: dilemas no campo da saúde mental**. São Paulo: Zagodoni,2011.

TORRES, Eduardo Mourão Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo. **Protagonismo e subjetividade: a construção no campo da saúde mental**. Ciênc. Saúde coletiva.v.6n.1,2001.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Reinventando a vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental**. Rio de Janeiro/São Paulo; EncantArte-Hucitec,2006

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 5 ed. São Paulo, Cortez,2010.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.